

ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПАЦИЕНТА: К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ

Понятие «гуманитарная экспертиза» активно разрабатывается отечественными исследователями, в основном в дисциплинарном поле философии. Благодаря публикациям Б.Г. Юдина, В.А. Лукова, П.Д. Тищенко, Г.Л. Тульчинского и др. тематика производства гуманитарной экспертизы, необходимость, возможности и ограничения такой технологии описаны хорошо. К сожалению, мало примеров реализации таких проектов (за редким исключением, например, проект гуманитарной экспертизы социологического исследования поведения подростков, описанный Г.Б. Степановой [7]). В социологическом категориальном аппарате термина «гуманитарная экспертиза» нет. Однако он весьма комплементарен таким широко используемым понятиям, как социокультурный анализ, клинический подход в исследованиях и др.

Большое инструментальное значение термин «гуманитарная экспертиза пациента» (здесь и далее будем использовать аббревиатуру: ГЭП) имеет в исследованиях профессионализма врачей. Последние включают и этапы профессиональной социализации (в том числе в образовании), и трансформацию профессионализма (из идеала – в реальность) в повседневных практиках. Используя конструкт «ГЭП», появляется возможность описать технологически эффекты взаимодействия на приеме, консультации. Именно дефицит «гуманитарности» признается проблемой, источником неудовлетворенности качеством российской медицины, поскольку пациентам кажется, что их на приеме «не видят».

Обсуждение гуманитарной экспертизы в контексте биоэтики и этики проводилось на протяжении нескольких лет сотрудниками ИФ РАН и представлено в виде многочисленных публикаций, в частности, 5-и

вышедших сборниках, а итоги этой работы представлены в обзорной статье А.А. Воронина [1]. Действительно, границы этики и гуманитарной экспертизы крайне тонки. Однако это так в случае макро, мезо уровня экспертной оценки: проекты, реформы, законы и пр. ГЭП как технология осуществляется на микроуровне – на уровне взаимодействия между врачом и пациентом в момент оказания медицинской помощи, являясь частью последней, призванной эту помощь сделать более эффективной, а взаимодействие между врачом и пациентом более приемлемым для обеих сторон с точки зрения эмоциональных затрат и результатов.

ГЭП близка содержательно, но далека институционально от медико-социальной экспертизы – «определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма» [8].

Негативные последствия отсутствия ГЭП можно обнаружить в многочисленных исследованиях, характеризующих взаимодействие между врачом и пациентом. Вообще, проблематика коммуникативной культуры врача достаточно хорошо разработана. Но, видимо, воз (или ВОЗ?) и ныне там – именно неэффективная коммуникация – источник неудовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью. Возможно, дело в отсутствии ГЭП? Вот кейс из недавнего исследования, проведенного в Омске, где методом анкетирования были опрошены врачи по довольно большой по объему выборке. Предмет исследования – трудности работы с пожилыми пациентами. Не надо много говорить о том, насколько актуальна рефлексия по поводу медицинской помощи пожилым – эта социальная группа увеличивается, объем гуманитарных проблем у пожилых не меньше, чем биологических, и именно пожилые составляют значительную долю контингента в ЛПУ, особенно – в государственной медицине. «Большинство опрошенных врачей отметили, что пожилые пациенты обращаются за медпомощью значительно чаще, чем граждане

трудоспособного возраста, но только 58,3% [опрошенных] считают обращения обоснованными, а 22,9% фиксируют, что иногда отсутствует повод для обращения. Среди последних значительная часть участковых врачей (30,4%)» [4, с. 14].

Пожилой пациент обладает еще меньшим объемом власти во взаимодействии с врачом по сравнению с другими группами: по результатам опроса выявлено, что 5,3% врачей не согласовывают тактику лечения с пожилым пациентом вообще, иногда – 26,4%. Лишь половина врачей (45,7%) всегда согласовывают стоимость лечения, а 34,2% - только при назначении дорогостоящих препаратов.

Показательно, что профессионалы реалистично оценивают негативные последствия от общения со столь специфическим (но – мы помним – распространенным) контингентом: «Характерологические особенности пожилых пациентов признают раздражающим фактором для себя 56,3% опрошенных врачей».

Врачи не могут не знать особенности пожилых, не могут не фиксировать (на уровне визуального осмотра, беседы на приеме, сколь бы короткой она не была) уровень депривации (социальной, культурной, коммуникативной), мотивационный профиль пациента. Это и есть элементы ГЭП, которая производится в данном случае на приеме и может позитивно повлиять и на качество оказанной медицинской помощи, и на удовлетворенность работой врачей.

Впервые термин «ГЭП» мы привели в публикации [5], посвященной опыту использования интерактивных технологий в преподавании вузовской дисциплины «Социология медицины». Луков Вал.А. отмечал, что в настоящее время «стихийно гуманитарная экспертиза уже существует, хотя ее институционализация находится в начальной стадии» [3, с. 63]. Думается, мы именно стихийно стали использовали это словосочетание, а оформление подхода состоялось позднее.

В частности, в октябре 2012 года в УГМА проведено анкетирование студентов 1, 3 и 5 курсов двух факультетов – педиатрического и лечебно-профилактического (n=625). Исследование посвящено установкам студентов-медиков на общекультурные компетенции. Респондентам был задан вопрос *«Что для вас как для будущего врача и человека (личности) важно, а что – менее важно в получаемом в УГМА образовании?»*. 3 варианта ответа: «важно», «неважно», «затрудняюсь ответить». Было предложено всего 16 позиций для оценивания, в том числе – «умение проводить ГЭП».

Подавляющее большинство будущих врачей высоко оценили умение проводить ГЭП: 85% считают это важным в профессии, 53% опрошенных указали, что это важно и в жизни.

Высокие оценки указанной компетенции можно считать маркером выраженных установок студентов-медиков на рассматриваемый феномен. Однако, интерпретируя эти данные, следует учесть, что студенты вообще продемонстрировали высокий уровень установок на социально-гуманитарные компетенции, предложенные в анкете (оценки «важно» варьируются от 98% до 41%). То есть установки студентов-медиков крайне позитивны – почти все общекультурные (они же – социально-гуманитарные) компетенции оцениваются высоко.

В январе 2013 года методом онлайн анкетирования был проведен опрос экспертов, в числе которых практикующие врачи, преподаватели медвуза, ведущие научную работу. Всего опрошен 21 чел., в том числе 13 женщин и 8 мужчин, половина опрошенных имеет стаж работы в медицине до 10 лет, треть – 11-20 лет. Особенность экспертной группы (высокая мотивация в профессии, наличие рефлексии над проблемами современного российского здравоохранения) позволяет считать полученные данные валидными на уровне разведывательного исследования.

На вопрос «Вам известно понятие "ГЭП"?» двое из экспертов ответили «да» (10% - здесь и далее мы будем приводить в том числе относительные числа – проценты – для простоты восприятия информации. Естественно, что

объем выборки – 21 чел. – не позволяет говорить о значимости статистических распределений). Большинство же дали отрицательный ответ (19 чел. = 90%).

Следующий вопрос был открытым и формулировался так: «Термин "ГЭП" входит в научный оборот. Пожалуйста, напишите, как Вы лично понимаете, что это такое?». Трое экспертов (14%) написали *«не знаю, непонятно»*. Один ответ *«наверное, это составляющая от базовых слов»*. Еще один эксперт весьма критично оценил наши усилия, написав, что ГЭП - это *«ненужный термин, придуманный социологами»*. Таким образом, в нашем распоряжении оказалось 14 содержательных ответов в среднем по 9 слов в высказывании. Методом открытого кодирования мы произвели анализ представленных экспертами определений и сгруппировали их. В таблице 1 представлен первичный материал и результаты интерпретации.

Первая группа определений описывает стиль – ответ на вопрос «КАК»: ««человеческий» подход к пациенту, «осмотр пациента по-доброму, вежливо». Вторая группа определений указывает на технологию портретирования и отвечает на вопрос «КТО»: оценка социальной активности, образования, культуры, характера, психологического типа пациента. Третья группа описывает взаимодействие, определения инструментальны, технологичны и отвечают на вопрос «ЗА СЧЕТ ЧЕГО»: учет отношения к врачу, интересов, ресурсов пациента, значения болезни для него, способности понять информацию от врача. Заметим, что последняя группа экспертных определений – это классическое (по Т.Парсонсу) описание социальной роли больного, который должен быть освобожден от нормальных социальных обязанностей; не в состоянии о себе заботиться; как правило, желает возвратиться к нормальной жизни; обращается за компетентной профессиональной помощью. Именно проведя ГЭП, можно судить о том, как эта роль выполняется, реализуется, не становится ли доминирующей идентичностью вместо временного статуса. Парсонса неоднократно критиковали за идеализированное, упрощенное представление

о поведении человека в ситуации нарушения здоровья. Однако никто не поспорит с актуальностью рассматриваемой проблематики.

Таблица 1. Содержание понятия «гуманитарная экспертиза пациента» в оценках экспертов

Решаемая в ГЭП задача	Количество вызваний	Цитаты из ответов экспертов на открытый вопрос (даны в лексике экспертов)
Психологическое портретирование. Учет личностных особенностей, психологическая типизация пациента.	7	<ul style="list-style-type: none"> - оценка пациента как личности, его культурологические особенности и социальные данные, может быть – уровень образования; - оценка совокупности ценностного подхода к личности пациента; - составление психологического типа пациента; - оценка пациента в комплексе как личность; - это моя оценка характерологических особенностей пациента, его личностных качеств; - оценка общеобразовательного и культурного уровня пациента.
Эффективное взаимодействие на основе социального портретирования – описания ресурсов, социальной роли и стиля ее реализации. Аудит потенциала партнерства врача и пациента.	5	<ul style="list-style-type: none"> - выяснение отношения пациента к деятельности врача; - этическая и моральная оценка состояния пациента с учетом значения для него болезни; - насколько пациент нуждается в помощи, на какие препараты он может рассчитывать; - экспертиза пациента с точки зрения учета интереса пациентов; - оценка способностей пациентов понимать сообщаемую ему информацию.
Эффективность медицинской помощи основана на «дружественной ориентации».	2	<ul style="list-style-type: none"> - «человеческий» подход к пациенту; - осмотр пациента по-доброму, вежливо.

Надо признать, что ни одна из трех указанных процедур не имеет технологически описанной методики. Как показал наш опыт обсуждения с

профессионалами-медиками типов пациентов [6], врачам психологические характеристики гораздо важнее социальных. С другой стороны, позиция о ГЭП как технологии эффективного взаимодействия – более инструментальна, «вписывается» в рабочую повседневность врача.

Реальность изучаемого феномена мы измеряли с помощью закрытого вопроса «По вашему личному и профессиональному опыту, производят ли врачи ГЭП?». Двое опрошенных экспертов (десятая часть) ответили «да, всегда», третья часть (33%) – «да, редко», еще двое (10%) «никогда не производят». Половина опрошенных (48%) затруднились с ответом.

Далее мы попросили экспертов оценить по 10-балльной шкале, должна ли ГЭП стать обязательной. Низкие баллы оценки обязательности ГЭП дал каждый четвертый эксперт, средние баллы – 6 экспертов (29%), высокие – 10 экспертов, т.е. почти половина опрошенных. В среднем, оценки сосредоточены в середине шкалы, что можно интерпретировать как осторожную позицию участников опроса.

С помощью закрытого вопроса мы предложили экспертам предположить, что может стать препятствием для обеспечения ГЭП в работе современного врача. На первом месте – дефицит времени на приеме – такой ответ дали подавляющее большинство опрошенных экспертов - 17 (81%). С большим отрывом вариант ответа «непрофессионализм врача» - так считают 8 экспертов (38%). Еще 7 экспертов (33%) считают барьером для обеспечения ГЭП отсутствие медицинских стандартов по этому поводу.

По 2 эксперта выбрали следующие варианты ответа: *«нет необходимости в такой работе»*, *«пациентам не нужна гуманитарная экспертиза»*, *«гуманитарная экспертиза нужна, но делать ее должны другие специалисты»*. В том числе это указывает на в целом позитивную реакцию на перспективы ГЭП – лишь четверо (пятая часть) из опрошенных экспертов резко отрицают саму возможность такой работы.

Таким образом, разведывательное исследование показало, что врачи осознают необходимость ГЭП, считают ее востребованной процедурой в

отечественной практике взаимодействия между врачом и пациентом. Однако барьеры ее осуществления велики: ресурсный дефицит, технократизация процесса оказания медицинской помощи,

Полученные данные в совокупности с методологическим базисом описания проблемы являются платформой для подготовки технологии ГЭП.

Как отмечают Киященко Л.П. и Тищенко П.Д. [2], гуманитарная экспертиза касается оценки гуманитарных последствий принимаемых решений. По отношению к пациенту это также справедливо. Комплементарность гуманитарной экспертизы и гуманизма указывает и на то, что задача гуманитарной экспертизы пациента – оценка перспектив благополучия последнего, а это определяет рекомендации врача.

Высокая степень социальной дифференциации в российском обществе указывает на важность для врача аудита именно социальных ресурсов – объема депривации, установок на самосохранительное поведение, стилевых предпочтений в методах лечения и профилактики и пр.

В условиях постоянного реформирования образования и практики в отечественном здравоохранении надежды на институционализацию ГЭП невелики. Но технологическая основа такой профессиональной компетенции может закладываться в циклах гуманитарных и социально-экономических дисциплин в вузах. Также формирование представлений о технологиях ГЭП и ее производство – безусловно, дело честолобивого профессионала-медика, который стремится к конкуренции за «удобного» пациента – мотивированного, адекватно воспринимающего информацию, обладающего хотя бы минимальным набором материальных ресурсов для лечения.

Литература

1. Воронин А.А. Гуманитарная экспертиза (обзор) // Философия и культура. 2012. № 5 (53).
2. Киященко Л.П., Тищенко П.Д. Матрица субъект-предметного различения (вариации на тему гуманитарной компетентности) // Знание. Понимание. Умение. 2011. № 4.

3. Луков Вал.А. Гуманитарная экспертиза: от теории – к практике // Наукові і освітянські методології та практики: іноваційний проект. <http://cgo.irbis-nbu.gov.ua>
4. Мальцев С.Н. О негативных особенностях лечения пожилых пациентов // Клиническая геронтология. 2012. № 7-8.
5. Петрова Л.Е. Мировой и отечественный опыт использования интерактивных технологий в преподавании вузовской дисциплины «Социология медицины» // Инновационные образовательные технологии: Материалы Международного интерактивного форума, 2-5 мая 2012 г. Екатеринбург, 2012.
6. Петрова Л.Е. Типологизация пациентов в российских и зарубежных социологических исследованиях: сравнительный анализ // Бюллетень патологии и физиологии дыхания. 2011. Вып. 39, март.
7. Степанова Г.Б. Опыт гуманитарной экспертизы социологического исследования поведения подростков (материалы Круглого стола) // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2 /Рос.акад. наук, Ин-т философии; Отв. ред. Ф.Г. Майленова. М.: ИФРАН, 2008. С. 129-159.
8. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995, ст. 7.

Печенкина Т.Е.,
г. Екатеринбург

ИНТЕРПРЕТАТИВНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ПРОЦЕССЕ ДЕТСКОЙ АУДИТОРИИ

Сегодня, когда социология детства носит междисциплинарный характер, возникает проблема актуальности обоснованного применения социологических методов изучения детской аудитории, их адаптация и интергации.